W sprawie leczenia zgorzeli kończyn.

Podał
Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

(Wykład miany na VII. zjeździe chirurgów polskich).

Badając w ostatnich miesiącach sprawę zgorzeli kończyn, pomimo skwapliwego rozczytywania się w dostępnej mi literaturze, nie mogłem nabrać przekonania, ażeby istota zgorzeli kończyn, zwłaszcza dolnych, była ostatecznie już wyjaśniona i załatwiona. A rzecz to bądź co bądź dla praktyki arcyważna, gdyż jak z jednej strony należyte postawienie, we właściwym czasie, wskazania do koniecznego w danym razie zabiegu operacyjnego, może rozstrzygać o zachowaniu życia choremu i uwolnieniu go z bolesnego łoża cierpień, tak z drugiej strony postawienie wskazania błędnego do operacyi może przyprawić chirurga o utratę dobrze nabytego zaufania. Bo czyż może istnieć dla lekarza przykrzejsze położenie nad spotkanie chorego, któremu przed paru miesiącami, z powodu zgorzeli części stopy, gorąco zalecał wykonanie odjęcia uda, a obecnie wyleczonego drogą zachowawczą, bez odjęcia kończyny, albo co najwyżej z utratą kilku palców lub kawałka stopy?

W obec różnorodności przyczyn, wywołujących samoistną zgorzel kończyn i kalejdoskopowej niemal zmienności przebiegu w poszczególnych przypadkach, stanowcze roz-

strzygnięcie tej sprawy jest nader trudne. Nie zamierzam obecnie powtarzać wszystkich, powszechnie znanych czynników, odgrywających pewną rolę w etyologii tego cierpienia, ani zastanawiać się nad rozmaitemi postaciami zgorzeli. Jeżeli zabrałem dziś głos, to głównie dlatego tylko, ażeby w tak poważnem gronie poruszyć tę sprawę i spowodować ogólną wymianę zdań, opartych na osobistych spostrzeżeniach. W rozstrzygnięciu bowiem spraw, które jak obecna, nie są prawie dostępne do zbadania doświadczalnego na zwierzętach, tylko statystyka, oparta na poważnych liczbach, może dać podstawę do wyprowadzenia racyonalnych wniosków.

Pragnąc być należycie zrozumianym, zaraz na wstępie zaznaczam, że w wykładzie niniejszym zwrócę prawie wyłącznie uwagę tylko na zgorzel starczą i zgorzel występującą u ludzi dotkniętych cukrzycą, gdyż te dwie postacie są, bądź co bądź najczęstsze, a pod względem klinicznego przebiegu i zmian anatomicznych, nadzwyczaj do siebie zbliżone.

Zdania chirurgów o leczeniu tej choroby nigdy nie odznaczały się jednomyślnością; a jak już na wstępie wspomniałem, jeszcze i do tej pory brak jednolitego postępowania w tej sprawie.

Z prac nowszych, zajmujących się zgorzelą kończyn, wspomnieć tu w pierwszym rzędzie należy o pracach Rosera[1]), Israëla[2]), Sonnenburga[3]), Königa[4]), Kraskego[5]), Schullera[6]), Heidenhaina[7]), Wi-

---

[1]) Diabetes und Sepsis. Deutsche med. Wochenschrift 1880. Nr. 1 i 2.

[2]) Berl. klin. Wochenschrift 1882. Nr. 46.

[3]) Über die Zellgewebsentzündungen bei Diabetes — Kranken. Berl. klin. Wochenschrift 1885. Nr. 33, 34.

[4]) Zur Revision der Lehre über die Vornahme grosser Operationen bei diabetischem Brand. Centralblatt f. Chir. 1887. Nr. 13 i Über diabetisches Brand. Berl. klin. Wochenschrift 1896. Nr. 25.

[5]) Diabetes und Sepsis. Centralblatt f. Chir. 1881. Nr. 35.

[6]) Ein Beitrag zur Kenntniss der phlegmonösen und gangränösen Processe bei Diabetes Berl. klin. Wochenschriftt 1888. Nr 47

[7]) Über die Behandlung der senilen Gangrän der unteren Extremität, insbesondere bei Diabetikern. Deutsch. med. Wochenschrift 1891. Nr. 38. i następne.

demanna[1]), Krastinga[2]), Landowa[3]), Zoege-Manteuffla[4]) i innych. Niektóre z nich dotyczą głównie zgorzeli u cukrzycowych, a ostateczny wniosek, do którego dochodzą autorowie w tych rozprawach, jest dość zgodny. Najdosadniej wyraża swe zapatrywanie König, twierdząc: *Wenn bei diabetischem Brand trotz antidiabetischer Kur und antiseptischer Lokalbehandlung die allgemein diabetischen und die lokal phlegmonösen Erscheinungen nicht zurückgehen, so dass ein weiteres Abwarten erhebliche Gefahr für den Kranken bedingt, so muss durch eine radikale, aber mit der grössten Peinlichkeit durchgeführte antiseptische Operation — in der Regel wird es sich um Amputation handeln — die Lebensrettung des Kranken versucht werden.* Zdanie to należy w ten sposób rozumieć, że na pierwszem miejscu stawia autor leczenie ogólne przyczynowe i miejscowe, kładąc nacisk na to, by lekowanie lokalne odpowiadało w zupełności wymaganiom dzisiejszej przeciwgnilnej techniki opatrywania ran. A dopiero w razie doznanego zawodu ze strony tych leczniczych usiłowań, a więc w każdym razie już na drugim planie, zaleca amputacyę uda, oczywiście mającą się wykonać z należytą skrupulatnością pod względem antyseptyki.

Widemann na podstawie przypadków, spostrzeganych w klinice Brunsa, dochodzi do następujących wniosków:

1) Postępowanie lekarza wobec zgorzeli zawisłem jest od tętna kończyny chorej.

2) Wrazie braku tętna w tętnicy podkolanowej należy wykonać odjęcie uda.

3) Jeżeli obliteracya zajmuje tylko naczynia obwodowe, należy próbować odjęcia kończyny na podudziu; a dopiero

---

[1]) Zur Entstehung u. Behandlung der Gangrän der Extremitäten. Beiträge zur klin. Chir. T. 9.

[2]) Über senile und diabetische Gangrän der unteren Extremität. Diss. 1892.

[3]) Zur operativen Behandlung der senilen und diabetischen Gangrän Deutsche Zeitschrift f. Chir. T. 36.

[4]) Über angiosclerotische Gangrän Arch. f. klin. Chir. T. 42.

jeżeliby z powierzchni rany amputacyjnej sączyło się mało krwi, należy się uciec do amputacyi uda.

Na najpoważniejszych liczbach oparł swoje rozumowania Heidenhain, który zestawił 25 przypadków zgorzeli kończyn, spostrzeganych w ciągu 20 lat przez Küstera. U wszystkich tych chorych wykonano odjęcie kończyny, a w dodatku u trzech pacyentów wykonano odjęcie obydwu kończyn, a u jednego musiano 3 razy amputować. Cukrzyca była 11 razy przyczyną choroby. We wszystkich tych przypadkach, w których zgorzel zajmuje nie tylko palce, ale i stopę, nauczony doświadczeniem, wykonuje Küster amputacyę powyżej stawu kolanowego. Z 6 amputacyj podudzia, wykonanych z powodu zgorzeli, tylko 2 zostały wyleczone, podczas gdy u 3-ech chorych musiano operować wyżej, z powodu zgorzeli kikuta, a jeden pacyent umarł z posocznicy. Opierając się na tych liczbach radzi Heidenhain zachowywać się wyczekująco tylko wobec zgorzeli ograniczonej do jednego lub dwóch palców; w razie zaś posunięcia się choroby na samą stopę, natychmiast przystąpić do odjęcia kończyny ponad kolanem.

Krastnig na podstawie 8 przypadków zgorzeli starczej, spostrzeganych na oddziale chirurgicznym Schuchardta w Szczecinie, dochodzi do następujących wyników: 1) W przypadkach zgorzeli palców nie powiodło się, przez ich wyłuszczenie, powstrzymać sprawy chorobowej, gdyż zgorzel dalej się posuwała, wobec czego jednak niejednokrotnie wystarczała amputacya podudzia a nie, jak Heidenhain radzi, tylko amputacya uda. 2) W razie zmian chorobowych na śródstopiu lub dolnej części podudzia amputacya podudzia nie bywała uwieńczoną pomyślnym skutkiem, gdyż okazywała się konieczność powtórnej operacyi na udzie. 3) I pierwotna amputacya uda nie zawsze zdołała chorych uratować. Landow zaś, opierając się na 18 przypadkach zgorzeli kończyn (7 na tle zwapnienia naczyń, a 11 spowodowanych cukrzycą), spostrzeganych w ciągu 12 lat w klinice Königa, stoi na stanowisku najbardziej zachowawczem. Radzi on we wszystkich

przypadkach zachowywać się wyczekująco, a z chwilą ograniczenia się zgorzeli, lub zaprzestania jej posuwania się, choćby bez wyraźnej linii granicznej, przystąpić do odjęcia części obumarłej. Liczby jego uprawniają zarazem do wniosku, że w tych przypadkach amputacya uda nie jest wcale konieczną, gdyż najczęściej wystarcza odjęcie kończyny znacznie niżej, byle tylko w częściach zupełnie zdrowych, t. j. nie dotkniętych jeszcze sprawą zapalną. Tym sposobem operowano 11 razy poniżej kolana, a mianowicie 2 razy wyłuszczono po jednym palcu, wraz z odpowiednią częścią kości śródstopia (obydwa przypadki wyleczone), raz zrobiono operacyę Lisfranca (chory usunął się z dalszej obserwacyi), 2 razy Choparta (jeden został wyleczony, drugiemu, z powodu zgorzeli kikuta, musiano odjąć kończynę w podudziu z wynikiem pomyślnym), raz Pirogowa (wyleczony), a 5 razy amputowano podudzie (4 wyleczonych, 1 przypadek zakończył się śmiercią, wskutek zmian chorobowych w nerkach). Za słusznością twierdzenia najbardziej przemawia ta okoliczność, że u wyleczonych stan pomyślny miejscowy trwale się utrzymywał, a chorzy przez długi czas jeszcze byli zupełnie wolni od bolów i zdolni do pracy. Wskazania do amputacyi uda wobec tego, zdaniem Landowa, ograniczają się tylko do bardzo szczupłej liczby przypadków. Zoege-Manteuffel wreszcie uważa, przynajmniej dla opisanych przez siebie przypadków zgorzeli naczynio-miażdżycowej, operacyę Grittiego za najodpowiedniejszą.

Z tego pobieżnego zestawienia poglądów rozmaitych autorów wynika, że wszyscy zgadzają się na to, ażeby w samym początku choroby stać na stanowisku zachowawczem; z chwilą zaś posuwania się sprawy, wyłania się potrzeba amputacyi, — a różnica zdań polega tylko na tem, że jedni widzą ją wcześniej, drudzy później. Najradykalniejszym jest pod tym względem Küster, który jak wspomniałem, tylko wobec zgorzeli ograniczonej do samych palców zachowuje się wyczekująco, a zresztą zawsze amputuje po nad kolanem. Trudno zaprzeczyć, że w podobnych przypadkach wiele oko-

liczności przemawia za rychłem odjęciem kończyny. Amputacya usuwa od razu ognisko zgorzelinowe i wszelkie z niem połączone niebezpieczeństwa, a w przypadkach pomyślnych, w krótkim stosunkowo przeciągu czasu, powraca chociażby względne zdrowie choremu, dotychczas dręczonemu bólami i przykutemu do łóżka dotkliwych cierpień. Że amputacya wczesna, jeżeli wogóle ma mieć miejsce, winna być wykonaną wysoko, to oczywiste. Dość przypatrzyć się pierwszemu lepszemu okazowi anatomicznemu, pochodzącemu z podudzia dotkniętego zgorzelą, by się przekonać, że prawie wszystkie pnie naczyń są w zupełności zarośnięte i zaczopowane [1]), a trudno z góry przewidzieć, o ile krążenie uboczne, utrzymujące się przez drobne gałązki, wystarczy do należytego odżywienia kikuta.

Natomiast rodzi się inne pytanie, czy taka pierwotna amputacya w każdym przypadku w ogóle jest konieczną, czy postępowanie nieco więcej zachowawcze, lecz w każdym razie oparte na ścisłem traktowaniu części schorzałej według zasad przeciwgnilnego leczenia ran, nie dozwoli, choć w pewnej części przypadków, uratować przynajmniej części podudzia i w formie amputacyi wtórorzędnej przesunąć płaszczyznę odjęcia kończyny znacznie ku dołowi, co chyba dla późniejszej funkcyi kończyny musiałoby być arcyniepośledniej doniosłości. Na domysł ten sprowadziły mnie, jeszcze przed kilku laty, niektóre przypadki zgorzeli, które dostawały się w moje ręce dopiero po pewnym czasie swojego istnienia. Pacyenci, dręczeni najrozmaitszemi maściami i okładami, doznawali szalonych bólów, zazwyczaj gorączkowali, a co najważniejsza, że sprawa chorobowa dalej się posuwuła. Kilka razy w podobnych przypadkach, niestety jednak nie zawsze, udawało mi się, przez należyte opatrywanie kończyny, a więc rozcięcie wszelkiego rodzaju zaułków i przetok, utorowanie najprostszej drogi dla odpływu wydzieliny,

---

[1]) Podobny okaz, nastrzykany masą kitową Teichmanna, miałem zaszczyt przed kilku laty tu, w Szanownem tem Gronie przedstawić.

usunięcie licznych obumarłych kawałków kości i skóry, a głównie przez ścisłe przestrzeganie antyseptyki, postęp choroby powstrzymać, ból znacznie zmniejszyć, a po ograniczeniu się całej sprawy chorobowej, zapomocą ile możności najdrobniejszego, często zupełnie atypowego rękoczynu, a co najwyżej, zapomocą amputacyi podudzia, doprowadzić do zupełnego wygojenia. Zwłaszcza jeden przypadek utkwił mi stale w pamięci. Chodziło o staruszkę, dotkniętą zgorzelą wielkiego palca i części odpowiedniej śródstopia. Przywołany w trzecim tygodniu choroby, w celu zawyrokowania, czy amputacya jest konieczną, oświadczyłem się przeciw niej, nie mogąc się na całej kończynie nigdzie domacać tętna. Ponieważ rokowałem źle, więc tylko, dla uspokojenia rodziny, leczyłem miejsce schorzałe w sposób wyżej wspomniany. Ale jakiem było moje zdumienie, gdy po kilku dniach bóle zupełnie ustały, zgorzel się już dalej nie posunęła, a po odpadnięciu części obumarłych, rana się w zupełności zabliźniła. Chodząc pacyentka używała swej nogi, mimo stale utrzymującego się w całej kończynie braku tętna, jeszcze przez lat 4. Po upływie tego czasu wystąpiła zgorzel reszty palców tej samej nogi, a równoczesny szybki postęp rozmiękczenia mózgu położył tym razem rychły koniec jej cierpieniom.

Ilość podobnych moich przypadków jest zbyt szczupłą, bym się mógł odważyć na wysnuwanie z nich jakiegokolwiek wniosku, zwłaszcza, że doznałem i zawodów, wśród których, mimo całej antyseptyki, zgorzel rychło postępując, sprowadzała śmierć [1]).

---

[1]) Obserwacya moja dotyczy 12 przypadków zgorzeli samoistnej kończyny dolnej (wszystkie bez cukrzycy). W 7 przypadkach leczyłem zachowawczo; z tych 2 umarło, 3 wyleczyło się z utratą palców lub części stopy, a 2 razy wykonano amputacyę podudzia z pomyślnym skutkiem (w jednym przypadku powierzchowna zgorzel rany przedłużyła nieco czas leczenia następowego). 5 razy wykonałem amputacyę w względnie wczesnym okresie, a mianowicie 2 razy na udzie (1 przypadek śmierci), 3 razy na podudziu (2 wyleczone, 1 zmarł).

W każdym razie rzecz godna rozwagi, zwłaszcza jeżeli zważymy, że i chirurg tej miary jak König przemawia dziś otwarcie przeciw zbytecznemu pochopowi do wczesnej amputacyi. Dla tego też statystyka winna sprawę tę rozstrzygnąć. Jeżeli się okaże, że % chorych stale drogą pierwotnej amputacyi uda wyleczonych, będzie bez porównania większy od odsetka wyleczonych sposobem zachowawczym, to wobec niezachwianej logiki liczb, wszelkie wątpliwości ustąpić powinny, a obowiązkiem chirurgów będzie w każdym prawie przypadku nalegać na wczesną wysoką amputacyę.

Jak długo jednak brak takich wyników matematycznie pewnych, każdy przypadek, wyleczony drogą zachowawczą, winien studzić zbytni zapał operacyjny i nawoływać do ścisłego indywidualizowania. W każdym bowiem razie przypadki, w których, czy to z powodów socyalnych, czy też konstytucyonalnych, długie leczenie pacyenta n. p. w szpitalu i t. d. jest niemożliwe, albo gdzie szalone bóle, wywołane bardzo często zmianami w nerwach, jak to wykazali Zoege-Manteuffel, Gluziński[1]) i inni, podkopują organizm, albo gdzie mimo antyseptycznego traktowania części chorej, objawy zagrażające życiu, a zwłaszcza objawy zatrucia gnilnego lub cukrzycowego się utrzymują, rychła amputacya bez kwestyi będzie wskazaną. Jeżeli jednak nie zachodzą podobne okoliczności, to zanim statystyka nie wykaże niezbicie, że jedynie pewnym środkiem leczniczym jest wczesna amputacya, a wszelkie inne leczenie choremu raczej szkodę przynieść może, póty myśl leczenia wyczekującego, zawsze, zarówno choremu jak i lekarzowi, uśmiechać się będzie, gdyż po ograniczeniu się zgorzeli pozwoli chociaż w pewnej liczbie przypadków uratować część podudzia, a bodaj czasami i stopę. Zwracam

---

[1]) O zmianach w nerwach obwodowych, zależnych od miażdżycy tętnic. *Przegląd lekarski* 1895. Nr. 14 i następne.

jednakże na to uwagę, że wszelkie próby leczenia zachowawczego winny położyć na pierwszym planie przestrzeganie zasad antyseptyki.

W końcu raz jeszcze kładę nacisk na to, że własne moje liczby statystyczne są zbyt szczupłe, by same pozwalały na ostateczne rozstrzygnięcie całej tej sprawy. Zadaniem niniejszego artykułu było zachęcenie Szanownych Kolegów do podjęcia prób w tym kierunku; — a jeżeli się powiedzie, przez konsekwentnie przeprowadzone leczenie zachowawcze, uchronić, choćby szczupłą garstkę chorych, przed amputacyą uda, to wewnętrzne zadowolenie chirurga będzie mu sowitą nagrodą, za jego mozolną i trudną pracę.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1896. Nr. 42—43.

Kraków, 1896. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.